

Volumen 2 • Número 1 • Enero 2013

# CONEXIO

Revista del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico





**Editor:** Luz A. Muñiz Santiago, EdD, MA,  
GCG, OTR/L

**Junta Editora:**

Norma Báez Carrasquillo, MA, OTR/L  
Ruth N. Concepción, MS, OTL  
Dyhalma Irizarry Gómez PhD, OTR/L, FAOTA  
Luz A. Muñiz Santiago, EdD, MA, GCG, OTR/L  
Lydia Rivera Medina, MS, OTR/L, CLT  
María Rohena, EdD, MA, OTR/L  
Rosa Román Oyola, PhD, MEd, OTR/L

**Colaboración:** Marisela Pérez Cruz, OTS

**Diseño e impresión:** Print Pro, Inc.

**CONEXIO** es una publicación del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. Se reserva el derecho de aceptar los escritos recibidos, editarlos y hacer correcciones en su estilo y forma. La veracidad de la información y datos sometidos es responsabilidad exclusiva de los autores. El CPTOPR no es responsable por lo expresado en los escritos, visuales, ni en los anuncios publicados. **CONEXIO** es un medio informativo cuyo fin es la divulgación de información relacionada al campo de la práctica de la terapia ocupacional, por lo cual se exhorta al dialogo entre los colegiados en los temas que se divulgan por este medio.

**Para someter escritos dirigirse a:**

Dra. Luz A. Muñiz Santiago, Editora  
**Correo electrónico:** luz.muniz1@upr.edu

**Correo regular:**

Revista CONEXIO  
Colegio de Profesionales de Terapia  
Ocupacional de PR  
PO Box 361558  
San Juan, PR 00936-1558

**Para anuncios:**

Tel: (787) 282-6966  
Fax: (787) 294-4422  
cptopr10@gmail.com

1/4 página = \$50.00  
1/3 página = \$75.00  
1/2 página = \$90.00  
3/4 página = \$125.00  
1 página = \$150.00  
(arte no incluido)

Los anunciantes son responsables del contenido de los anuncios y el CPTOPR no endosa éstos. Se publican anuncios que estén acorde con el Código de Ética, normas y Reglamento del CPTOPR.

# Contenido

**1** Mensaje de la Presidente y Editora

**2** Comprendiendo la nosología de los desórdenes de procesamiento sensorial: Parte I

**7** Guía Docente "Hagamos del aula una sensorialmente amigable" Un proyecto muy necesario para la educación puertorriqueña

**11** Aplicaciones de la Asistencia Tecnológica para facilitar las Actividades Diarias de Personas Obesas

**14** Primer Congreso de Salud Mental de Terapia Ocupacional en Puerto Rico: "Técnicas innovadoras de salud mental para el Profesional de Terapia Ocupacional"

**15** La magia y el poder de la actitud positiva y su efecto en el estado emocional

**17** Ética y la Profesión

**19** Terapia Ocupacional y la Prevención de Caídas

**21** TO y la Salud Mental de la Comunidad



Yeliza Quintana Bosques OTL  
Presidenta  
Colegio de Profesionales de Terapia  
Ocupacional de Puerto Rico

## Estimados Colegiados

Reciban todos un cordial saludo de mi parte en este nuevo año 2013. Es para mí nuevamente un honor el dirigirme a ustedes, y con mucho entusiasmo, siendo ésta la primera vez a través de nuestra revista profesional, CONEXIO. Me llena de gran orgullo y alegría el poder compartir con ustedes la publicación de la nueva edición de la revista, la cual debe significar y constituir para nosotros una objetiva y valiosa herramienta que facilite la prestación actualizada y de vanguardia de los servicios en Terapia Ocupacional. Es mi deber resaltar que esta revista significó y conllevó marcado esfuerzo, tiempo y dedicación por parte de un grupo de profesionales y estudiantes; a ellos van mis felicitaciones y agradecimientos. Deseo además, reconocer la abnegada labor de la Dra. Luz A. Muñiz Santiago, editora de CONEXIO y presidenta de la Comisión de Publicaciones de nuestro

Colegio, quien con la colaboración de su excelente y comprometido equipo de trabajo nos dan hoy la oportunidad de contar con la tercera edición de CONEXIO. Esta revista de corte profesional se encuentra a la altura de publicaciones de renombrados y más antiguos colegios y organizaciones profesionales en y fuera de Puerto Rico. Les exhorto a los Terapeutas Ocupacionales y Asistentes en Terapia Ocupacional que continúen sometiendo sus escritos para que podamos continuar compartiendo nuestros conocimientos y experiencias con otros profesionales de Terapia Ocupacional y otras profesiones de la salud a través de este efectivo medio. Igualmente les exhorto a que la estudien y discutan el contenido del material que se presenta en la revista con otros colegas creando un excelente hábito en nosotros de continuar siendo consumidores críticos de la información. ¡Bendiciones!



Luz A. Muñiz Santiago  
EdD, MA, GCG, OTR/L  
Presidenta Comisión de Publicaciones  
Catedrática, Programa de Maestría en  
Terapia Ocupacional,  
Escuela de Profesiones de la Salud,  
Recinto de Ciencias Médicas,  
Universidad de Puerto Rico

## Mensaje de la Editora

La portada de esta edición de CONEXIO presenta un hermoso árbol, de fuerte tronco y múltiples y extensas ramas. No es solo una bella fotografía de la naturaleza, el mismo representa una imagen, una metáfora de lo que aspiramos constituya el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. El Colegio como organización que nos agrupa es aún un árbol joven, en pleno crecimiento y desarrollo, pero aspiramos a ser como el árbol que adorna la portada. Para que el Colegio se desarrolle como es debido necesita el apoyo y colaboración de todos los que pertenecemos a la profesión de Terapia Ocupacional, así como de aquellos a quienes servimos día a día como profesionales de la salud. La fortaleza que evidencia el árbol de esta portada se hizo día a día, con el apoyo de quienes con amor, esmero y compromiso se unieron para cuidar del mismo, protegiéndolo de los embates de la naturaleza y abonándolo con los nutrientes necesarios para mantenerlo saludable en sus diferentes etapas de crecimiento. Y es precisamente de este tipo de cuidados que requiere nuestro colegio. Necesita que todos

estemos unidos en un mismo esfuerzo para aportar al crecimiento y desarrollo del mismo como entidad que nos aglutina y a la misma vez nos representa. El Colegio no tiene vida sin la presencia de cada uno de nosotros, el Colegio somos cada uno de los profesionales de Terapia Ocupacional que laboramos para mantener y mejorar la salud del pueblo de Puerto Rico. No podemos disociarnos de éste y ser meros observadores del mismo, ya que somos una misma entidad, somos y tenemos que ser parte integral del mismo, de sus aciertos y de los errores que son parte normal del proceso de desarrollo de toda persona y de toda organización. El Colegio eres tú, soy yo y somos el colectivo de los que nos hacemos llamar profesionales de Terapia Ocupacional. Unámonos en un mismo fin colectivo para aportar al desarrollo de nuestra clase profesional y a la organización emergente que nos representa. El CPTOPR somos todos. Entre todos lograremos llevar a su madurez al Colegio, a la plenitud tan bellamente representada por el árbol que engalana la portada de esta tu revista CONEXIO.

# Comprendiendo la nosología de los desórdenes de procesamiento sensorial: Parte I

Rosa Román-Oyola

## Resumen

Este es el primero de dos artículos que buscan clarificar en qué consiste cada uno de los tipos de desórdenes de procesamiento sensorial que constituyen la nosología desarrollada por Miller, et al. (2007). El mismo tiene como propósito presentar información que contribuya a comprender mejor el desorden de modulación sensorial. A estos fines se define el concepto modulación, así como cada uno de los subtipos del desorden de modulación sensorial. Además, se presenta el modelo de modulación sensorial de Winnie Dunn (2006) como herramienta útil para comprender los problemas de modulación de los individuos y se establece el paralelo entre este modelo y la nosología de Miller, et al. (2007). Se concluye identificando algunos manuales diagnósticos donde los desórdenes de procesamiento sensorial ya han sido reconocidos y recalando la importancia de comprender cada uno de estos desórdenes para la práctica clínica.

Durante los últimos años, muchos esfuerzos dentro del campo de investigación en el área de integración sensorial han estado dirigidos a lograr que los desórdenes de procesamiento sensorial (SPD, por sus siglas en inglés) sean reconocidos como diagnóstico en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Desórdenes Mentales (DSM-V, por sus siglas en inglés), a publicarse en mayo del 2013. Ésto, así como la necesidad de un lenguaje común entre profesionales al referirnos a los problemas de procesamiento sensorial, han sido parte de la motivación por

la cual investigadores y teóricos, principalmente del campo de terapia ocupacional, se han enfocado en el desarrollo de una nosología de los SPD. La misma establece la existencia de tres grandes tipos de SPD: desorden de modulación sensorial, desorden sensorial de base motora y desorden de discriminación sensorial (Miller et al., 2007).

Este es el primero de dos artículos a publicarse en esta revista que tienen como propósito clarificar en qué consiste cada una de estas tres clasificaciones. El presente artículo tiene como propósito presentar información que contribuya a comprender mejor el desorden de modulación sensorial, uno de los más identificados, pero menos comprendido. El desorden sensorial de base motora y el desorden de discriminación sensorial serán los temas del artículo que se publicará en la próxima edición de la revista.

## El desorden de modulación sensorial y sus tres tipos

Frecuentemente, se reciben referidos en terapia ocupacional de niños porque “tienen problemas sensoriales”. Sin embargo, ¿qué significa para un padre, un maestro u otras personas cercanas el que un niño tenga “problemas sensoriales”? Mi experiencia ha sido que, en la gran mayoría de las ocasiones, lo que ese padre, maestro o persona significativa ha identificado es un problema de modulación sensorial (que pudiera o no estar acompañado de otras dificultades de procesamiento sensorial, aunque para propósitos de este artículo, nos enfocaremos en el aspecto de modulación). Pero, ¿cuál

es la diferencia entre procesamiento y modulación sensorial?

El procesamiento sensorial involucra la recepción, modulación, integración y organización del estímulo sensorial, incluyendo la respuesta conductual a éste (Miller & Lane, 2000). Por tanto, el concepto procesamiento sensorial es uno más amplio ya que abarca tanto los procesos que ocurren en el sistema nervioso cuando recibe los estímulos, como también la respuesta conductual a tales estímulos. Precisamente, esa respuesta conductual puede ser un reflejo de dificultad en la modulación de los estímulos, lo cual lleva al niño a reaccionar de manera exagerada (por ejemplo, con extrema agresividad o extrema pasividad) ante ciertos estímulos de la vida diaria que comúnmente no constituyen un reto para la mayoría de las personas. Por tanto, son esas respuestas conductuales extremas (asociadas con dificultades en la modulación de los estímulos) las que típicamente han identificado los padres, maestros y otros profesionales o allegados cuando refieren a un niño por “problemas sensoriales”.

Se define modulación sensorial como la habilidad del individuo para regular y organizar las respuestas a las sensaciones de forma gradada, adaptativa y en congruencia con las demandas del ambiente (Parham & Mailloux, 2001). Se habla de un desorden de modulación sensorial cuando un niño tiende a responder a los estímulos de su ambiente cotidiano en forma desproporcionada o exagerada y esta tendencia o patrón de respuesta impacta el que pueda desarrollar conductas funcionales que



le permitan una plena participación en sus ocupaciones (Lane, Miller, & Hanft, 2000).

Un ejemplo de una situación que podría suscitar una respuesta desproporcionada sería el de un niño que, mientras está de pie, esperando en la fila del comedor, es tocado casualmente (estímulo táctil) por uno de los otros niños en la fila. Una respuesta típica por parte del niño que acaba de recibir el estímulo táctil sería ignorar lo sucedido o, simplemente, tratar de moverse un poco de manera que no quede tan cerca del otro niño. En cambio, una respuesta desproporcionada por parte de un niño con problemas de modulación sensorial, sería atacar físicamente al otro niño o intentar escapar de la situación desesperadamente ya sea corriendo o mediante un “ataque” de llanto o rabieta. Estos patrones de respuesta desproporcionada impactan la manera en que los individuos interactúan con su ambiente físico y social.

De hecho, la dificultad para responder de manera adaptativa a los estímulos del ambiente puede impactar la ejecución de la persona en sus ocupaciones más significativas como lo son el juego, la participación social y la educación (Ashburner, Ziviani, & Rodger, 2008; Bundy, Shia, Qi, & Miller, 2007; Cosbey, Johnston, & Dunn; 2010). De acuerdo con Ayres (2000), se define el término respuesta adaptativa como aquella respuesta a un estímulo sensorial que se emite con propósito y dirigida a una meta. Los individuos con desorden de modulación sensorial encuentran un gran desafío para lograr esas respuestas adaptativas.

La nosología desarrollada por Miller et al. (2007) incluye tres subtipos de desorden de modulación sensorial:

1. Hiper-reactividad sensorial (SOR, por sus siglas en inglés): Éste identifica a aquellos individuos

que responden a las sensaciones en forma rápida, con mayor intensidad o por períodos de tiempo más largos (Miller, et al., 2007). Sus respuestas a los estímulos son reacciones automáticas e inconscientes que pueden describirse como respuestas hiperactivas, negativas, impulsivas o agresivas o, incluso, respuestas más pasivas que los llevan a aislarse o a evitar sensaciones. Estos individuos pudieran presentar respuestas emocionales exageradas (i.e., respuestas de lucha o huida, según descritas por Ayres, 1972).

2. Hipo-reactividad sensorial (SUR, por sus siglas en inglés): Éstos individuos aparentan no detectar la información sensorial por lo cual, a veces pudieran ser descritos como: apáticos, letárgicos o personas con falta de motivación para iniciar experiencias de socialización o exploración del ambiente. Sin embargo, más allá de una “falta de motivación”, lo que afecta a los individuos con hipo-reactividad sensorial es una dificultad marcada para “detectar” las oportunidades de interacción y participación que les ofrece el ambiente. Es por esto que requieren de estímulos sensoriales de gran intensidad de manera que puedan “detectarlos” con mayor facilidad e involucrarse así en las experiencias de interacción que les provee el ambiente físico y social (Miller, et al., 2007).

3. Búsqueda sensorial (SS, por sus siglas en inglés): Se utiliza éste para describir a aquel individuo con un intenso deseo de estímulos sensoriales, el cual parece necesitar satisfacer constantemente (Miller, et al., 2007). Para estas personas, los estímulos cotidianos que les ofrece el ambiente no son suficientes. Por tanto, se involucran en conductas y acciones con el propósito de “crear” sensaciones de mayor intensidad (ej. moverse constantemente, tocar objetos o personas constantemente, observar objetos moverse o buscar o

provocar ruidos altos). Muchas veces, las acciones de los individuos con búsqueda sensorial son interpretadas como conductas demandantes o para llamar la atención (Miller, et al., 2007).

La nosología propuesta por Miller, et al. (2007) es útil para examinar los aspectos conductuales de la modulación sensorial. Sin embargo, es importante señalar que esta nosología, así como otros modelos enfocados en la modulación sensorial, se basan también en investigaciones dirigidas a explicar los procesos neurológicos que subyacen a estas conductas no adaptativas. Un ejemplo es el modelo que se explica a continuación.

### **El modelo de Winnie Dunn como herramienta para comprender el desorden de modulación sensorial**

Uno de los instrumentos más conocidos para evaluar la modulación sensorial es el Perfil Sensorial (Dunn, 1999). A base de los resultados obtenidos por la muestra normativa de este instrumento, Dunn (2006) elaboró un modelo que propone cuatro patrones característicos de modulación que se definen a base de la interacción entre el umbral neurológico de los individuos y la respuestas de acuerdo o en contra de ese umbral. Se define el concepto umbral neurológico como “el nivel crítico de depolarización que debe alcanzar la membrana neuronal para producir un potencial de acción que le permita transmitir la información a otras neuronas y finalmente, al cerebro” (Bear, Connors, & Paradiso, 2007; Kandel, 2000). De forma sencilla, puede decirse que el umbral neurológico se refiere a la cantidad o intensidad de estimulación sensorial necesaria para que el individuo la perciba y reaccione a ella.

De acuerdo con el modelo de Dunn (1999), una persona con un umbral



neurológico alto necesitará gran cantidad e intensidad de información para poder percibirla y reaccionar a ella. En cambio, poca o muy baja intensidad de información sensorial será suficiente para que una persona con umbral neurológico bajo la perciba y reaccione a ella. La Figura 1 explica el contenido del modelo de Dunn (2006) con relación al umbral neurológico.

Por otra parte, el modelo de Dunn (2006) hace referencia al tipo de respuesta que emite la persona cuando percibe el estímulo sensorial, indicando que ésta puede reaccionar de acuerdo o en contra de su umbral neurológico. Un individuo que responde en contra de su umbral neurológico adquiere un rol activo ya sea para satisfacer la cantidad o intensidad de información que le requiere su umbral, o para contrarrestar ese umbral. En cambio, una persona que responde de acuerdo o en correspondencia con su umbral neurológico adquirirá un rol pasivo, es decir, se conducirá como si no fuera necesario para ella satisfacer ni contrarrestar su umbral. La Figura 2 ilustra este componente del modelo de Dunn (1999).

Los cuatro patrones de modulación sensorial que propone el modelo de Dunn (2006) surgen de la interacción entre los tipos de umbral (alto o bajo) y los tipos de respuesta (de acuerdo

o en contra). Así lo ilustra la Figura 3 en la cual se unen los componentes presentados en las Figuras 1 y 2 para formar las cajas en el centro que indican los patrones de modulación.

Como indica la Figura 3, según el modelo de Dunn (2006), una persona con un umbral neurológico alto presentará uno de dos patrones:

1. Bajo registro: patrón correspondiente a las respuestas de acuerdo o en correspondencia con el umbral neurológico alto. Es decir, según nos indica la Figura 3, a las personas con

un bajo registro, su ambiente no le provee la intensidad de información sensorial que requieren para poder percibirla y no aparentan ninguna necesidad de satisfacer su umbral (rol pasivo). Por tanto, las conductas de un niño con un patrón de bajo registro corresponden a las de un niño hipo-reactivo (según la nosología de Miller, et al., 2007, explicada en la sección previa). Ejemplos de estas conductas son: no percatarse de que tiene la cara o las manos sucias, dejarse la ropa retorcida después de haber ido al baño o dificultad para determinar la cantidad de fuerza que

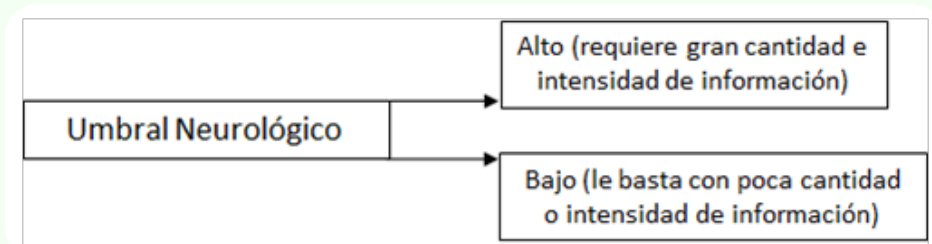


Figura 1. Umbrales neurológicos descritos a base del modelo de Winnie Dunn (2006)

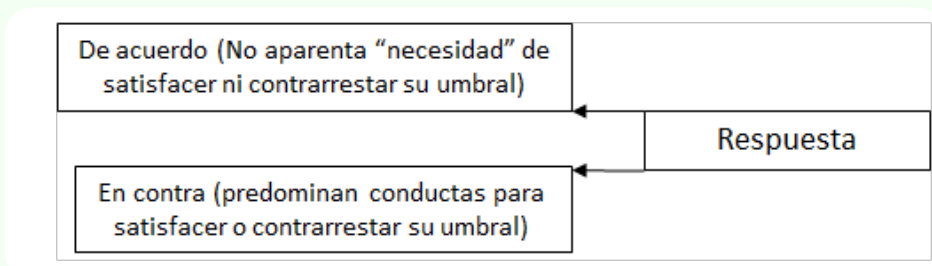


Figura 2. Respuestas conductuales descritas a base del modelo de Winnie Dunn (2006)

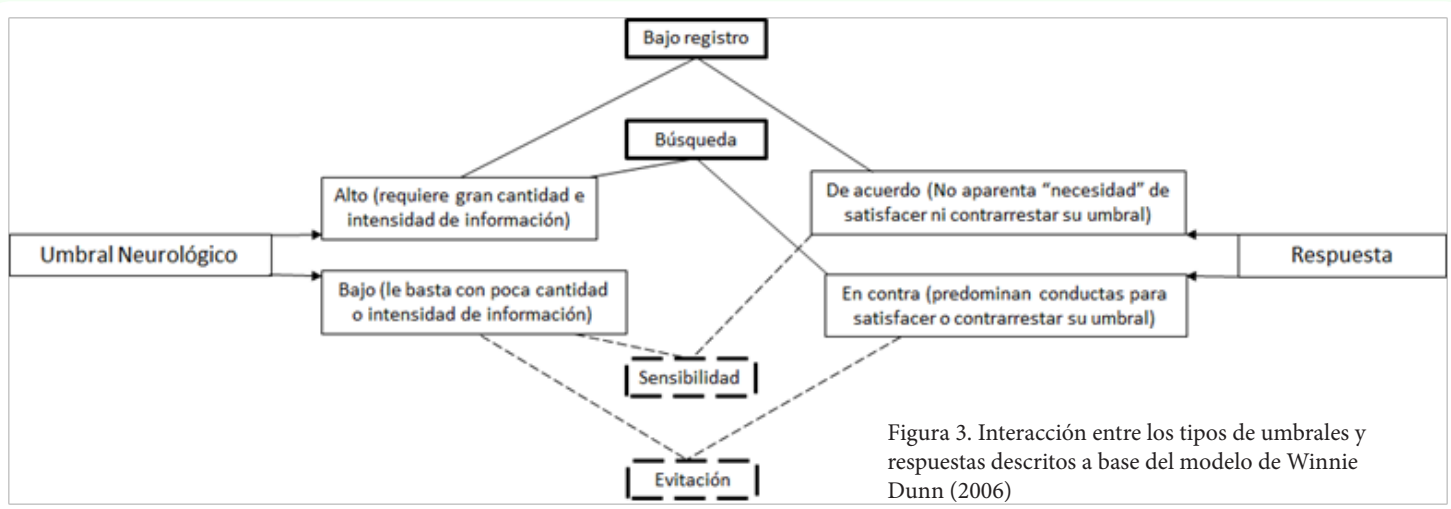


Figura 3. Interacción entre los tipos de umbrales y respuestas descritos a base del modelo de Winnie Dunn (2006)



debe utilizar al realizar deportes (ej. lanzar o patear una bola) o durante actividades motoras finas.

2. **Búsqueda:** patrón correspondiente a las respuestas en contra del umbral neurológico alto. Según nos indica la Figura 3, las personas con un patrón de búsqueda requieren una gran intensidad de información sensorial, la cual no reciben de los estímulos cotidianos de su ambiente, lo que los lleva a adquirir un rol activo para contrarrestar su umbral. Por tanto, según la nosología de Miller, et al. (2007), las conductas de un niño con un patrón de búsqueda corresponden, precisamente, con las de un niño que presenta búsqueda de sensaciones. Ejemplos de estas conductas son: la hiperactividad o búsqueda continua de movimiento, moverse tan rápido que parecen ajenos a aspectos de seguridad, buscar o provocar ruidos constantemente, apretar objetos, tocar o abrazar en exceso a otros y llevarse objetos no comestibles a la boca.

Las líneas y cajas entrecortadas de la Figura 3 nos indican los dos patrones correspondientes con un umbral neurológico bajo en el modelo de Winnie Dunn (2006):

1. **Sensibilidad:** patrón correspondiente a la respuesta de acuerdo o en correspondencia con el umbral neurológico bajo. Como indica la Figura 3, las personas con un patrón de sensibilidad son capaces de percibir sensaciones a pesar de que éstas involucren poca cantidad o intensidad de información. Estas personas, se convierten simplemente en una especie de “radar” pues detectan la información, pero no adquieren un rol activo para contrarrestar su umbral. Ejemplos de conductas propias de este patrón de sensibilidad son: distraerse fácilmente en ambientes con ruido,

incomodarse cuando encienden la luz, mostrarse temeroso a las alturas y sentir incomodidad con ciertas texturas específicas de ropa. No es posible establecer un paralelo directo entre lo que serían las conductas correspondientes al patrón de sensibilidad y alguno de los tres tipos de desorden de modulación sensorial establecidos en la nosología de Miller, et al. (2007). En términos generales, las conductas de sensibilidad se asocian más con la hiper-reatividad sensorial. No obstante, sí existe una correspondencia directa entre las conductas de hiper-reatividad establecidas en la nosología de Miller, et al. (2007) y el patrón de evitación del modelo de Dunn (2006).

2. **Evitación:** patrón correspondiente a las respuestas en contra del umbral neurológico bajo. Según nos indica la Figura 3, al igual que en el patrón de sensibilidad, las personas con un patrón de evitación son capaces de percibir sensaciones de muy poca cantidad o intensidad de información, pero además, actúan para contrarrestar su bajo umbral neurológico. Esto hace que eviten sensaciones (aun aquellas de la vida cotidiana) “a toda costa” sin importar que esto les conlleve recurrir a conductas no adaptativas. Ejemplos de algunas conductas correspondientes con este patrón son: responder agresivamente o con una rabieta a una experiencia táctil cotidiana como lavarse el pelo o cortarse las uñas, evitar sensaciones de movimiento (ej. no utilizar equipos del parque como chorreras, o columpios), evitar contacto visual y evitar consumir alimentos de determinada textura.

A diferencia de los individuos con un patrón de sensibilidad, aquellos con un patrón de evitación muestran conductas más extremas o exageradas pues, precisamente, su propósito es

“evitar” las experiencias sensoriales. Por tanto, sus reacciones sobrepasan por mucho la incomodidad o “queja” que exhibe la persona con un patrón de sensibilidad.

## Conclusión

Los siguientes puntos recogen los aspectos más relevantes de la discusión presentada:

1. El término procesamiento sensorial es uno amplio que incluye desde la percepción de los estímulos, la integración de la información en el sistema nervioso y las respuestas conductuales que emite la persona. Es precisamente por su amplitud que se utiliza el nombre de “desórdenes de procesamiento sensorial” (SPD) como término sombrilla para acoger a las diferentes formas de dificultades de procesamiento, incluyendo el desorden de modulación sensorial.
2. La nosología desarrollada por Miller, et al. (2007) provee un lenguaje unificador al referirnos a las diferentes expresiones de los SPD. De acuerdo con ésta, el desorden de modulación sensorial se expresa en una (o alguna combinación) de las siguientes formas: hiper-reatividad, hipo-reatividad y búsqueda.
3. A diferencia de la nosología de Miller et al. (2007), el modelo de Dunn (2006), alude solamente al aspecto de modulación sensorial y no tiene como objetivo constituir un lenguaje “oficial” o formal al referirnos a los SPD. Más bien, el modelo de Winnie Dunn (2006) nos provee una estrategia para comprender las respuestas conductuales producto de los procesos de modulación de los individuos.

Cabe señalar, además, que ninguna de estas nomenclaturas (ni la de Miller, et al., 2007; ni el modelo de Winnie Dunn, 2006) constituyen una nomenclatura diagnóstica para propósitos del manual diagnóstico publicado por la American



Psychiatric Association (APA). Hasta el momento, la decisión de esta organización ha sido no incluir el SPD en ninguna de sus formas como un diagnóstico separado en DSM-V (a publicarse en mayo 2013), sino como parte de los criterios de diagnóstico de otras condiciones, como por ejemplo: los desórdenes dentro del espectro de autismo. No obstante, habrá que esperar hasta la publicación oficial del manual para conocer cuáles fueron las decisiones finales.

Mientras tanto, es importante conocer que existen otros manuales diagnósticos que sí reconocen los SPD: "Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders

of Infancy and Early Childhood, Revised" (conocido como el DC:0-3 R) (Zero to Three, 2005), el "Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood" del "Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders" (ICDL, 2005), y el "Psychodynamic Diagnostic Manual" (PDM Task Force, 2006).

Ciertamente, los esfuerzos de los grupos profesionales y las decisiones tomadas por la APA con relación al uso de los desórdenes de procesamiento sensorial como categoría diagnóstica siguen siendo motivo de polémica. Sin embargo, más allá de estas polémicas está nuestra responsabilidad como

clínicos de comprender con la mayor claridad posible los problemas de procesamiento sensorial que afectan a los niños y adultos a quienes servimos en la práctica. No puede ser suficiente decir que una persona "necesita integración sensorial". En la medida que entendamos lo que constituyen los problemas de procesamiento sensorial, podremos definir mejor las dificultades del cliente y enfocar de manera más adecuada y efectiva nuestros servicios.

.....  
 Rosa Róman-Oyola, PhD, MEd, OTR/L,  
 Universidad de Puerto Rico, Recinto de  
 Ciencias Médicas, Programa de Maestría  
 en Terapia Ocupacional  
 rosa.roman2@upr.edu

## Referencias

- Ashburner, J., Ziviani, J., & Rodger, S. (2008). Sensory processing and classroom emotional, behavioral, and educational outcomes in children with autism spectrum disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 62(5), 564-573.
- Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2007). *Neuroscience: Exploring the brain*. Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bundy, A. C., Shia, S., Qi, L., & Miller, L. J. (2007). How does sensory processing dysfunction affect play? *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2): 201-208.
- Cosbey, J., Johnston, S. S., Dunn, M. L. (2010). Sensory processing disorders and social participation. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(3), 462-73.
- Dunn, W. (1999). *Sensory Profile: Examiner's manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Dunn, W. (2006). *Sensory Profile Supplement*. San Antonio, TX: Hartcourt Assessment Inc.
- Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. (2005). *Diagnostic manual for infancy and early childhood: Mental health, developmental, regulatory-sensory processing and language disorders and learning challenges (ICDL-DMIC)*. Bethesda, MD: Author
- Kandel, E. R. (2000). Cellular mechanisms of learning and the biological basis of individuality. In E. R. Kandel, J. H. Schwartz, & T. M. Jessell (Eds.), *Principles of neural science* (4th ed., pp.1247-1279). New York: McGraw-Hill, Health Professions Division.
- Lane, S. L., Miller, L. J., & Hanft, B. E. (2000). Toward a consensus in terminology in sensory integration theory and practice: Part 2: Sensory integration patterns of function and dysfunction. *Sensory Integration Quarterly*, 23(2), 1-3.
- Miller, L. J., Anzalone, M. E., Lane, S. J., Cermak, S. A., & Osten, E. T. (2007). Concept evolution in sensory integration: A proposed nosology for diagnosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(2), 135-140.
- Miller, L.J., & Lane, S.J. (2000). Toward a consensus in terminology in sensory integration theory and practice: Part I: Taxonomy of neurophysiological processes. *Sensory Integration Special Interest Section Quarterly*, 23, 1.
- Parham, L., & Mailloux, Z. (2001). Sensory integration. In J. Case-Smith (Ed.), *Occupational therapy for children* (pp. 329-379). Missouri: Mosby Inc.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Zero to Three. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood, revised (DC:0-3R)*. Arlington, VA: National Center for Clinical Infant Programs.

# Guía Docente “Hagamos del aula una sensorialmente amigable”: Un proyecto muy necesario para la educación puertorriqueña

Madya R. Aponte Dávila

## Resumen

La guía “Hagamos del aula una sensorialmente amigable” se desarrolla con el fin de proveerle al docente un medio por el cual pueda orientar sus observaciones en torno a los aspectos sensoriales del estudiante. Articular la integración sensorial con las estrategias de enseñanza es un gran reto. Impactar mediante la orientación y educación sobre temas inherentes a nuestra profesión es muy necesario. Por esto se crea la guía, la cual está enriquecida con herramientas para atender diversos retos sensoriales en la niñez, entre los niveles de pre kínder al primer grado. La guía incluye técnicas y estrategias diferenciadas, en atención a las necesidades y fortalezas sensoriales del estudiante. Incorpora además una serie de pautas para realizar el perfil sensorial del estudiante desde un paradigma de fortalezas y recomendaciones para crear un ambiente inclusivo. La guía constituye una alternativa para aquel docente que desee proveerle al estudiante opciones variadas para su desarrollo sensorial óptimo.

Como terapeutas ocupacionales debemos impactar no tan solo a nuestros participantes, sino también a todos aquellos que de una manera u otra intervienen con ellos para maximizar su ejecución. La educación a otros profesionales en torno a temas que nos distinguen como terapeutas ocupacionales es uno de nuestros retos y una de nuestras funciones más importantes. Surge la interrogante acerca de cuánto conocimiento tienen los profesionales de la educación

primaria en Puerto Rico acerca del tema de la integración sensorial. Es interesante la gran atención y el gran interés que brindan estos profesionales cuando se les habla sobre este tema y sobre los retos sensoriales que muchos de los estudiantes presentan desde los grados primarios. Hablarle a los educadores sobre los comportamientos de índole sensorial que los estudiantes presentan en los salones de clase y cómo estos comportamientos impactan el aprendizaje nos abre una ventana de posibilidades, lo cual puede impactar favorablemente la educación puertorriqueña.

Esta inquietud por promover el tema de la integración sensorial en las escuelas puertorriqueñas nace de la experiencia propia, la cual favoreció la realización de una investigación tipo cualitativa, en la cual se entrevistó a tres maestras puertorriqueñas. Las preguntas giraron en torno al conocimiento del tema de la integración sensorial y el uso de estrategias educativas que incluyan los sentidos. Previo a esto se administró un cuestionario a un grupo de 24 maestros de nivel pre-escolar, (8 de escuela privada y 16 de escuelas públicas adscritas al Departamento de Educación de Puerto Rico). El cuestionario se tituló Conocimiento de los Maestros de Nivel Pre-escolar Acerca de la Integración Sensorial y el Desorden de Procesamiento Sensorial. Los resultados arrojaron datos que indicaban un limitado conocimiento sobre este tema por parte de los participantes (Aponte, 2009). Durante las entrevistas a las tres educadoras fue interesante su gran interés y

su disponibilidad para aprender más acerca de este tema y de cómo incorporar estrategias innovadoras en su enseñanza que favorezcan a aquellos estudiantes con retos sensoriales. Las maestras entrevistadas imparten enseñanza en escuelas privadas en los siguientes niveles: pre-escolar Montessori, kindergarten y primer grado. La guía de preguntas utilizada es descrita a continuación y se divide de acuerdo a varios temas:

## Experiencias formativas en el campo

- ¿En qué medida, durante tu experiencia formativa se abordó el tema de la integración sensorial?
- ¿Qué podrías aportar acerca de lo que conoces sobre el tema? ¿Hasta qué punto te interesaste por el tema?

## Experiencias y prácticas de enseñanza-aprendizaje

- ¿Qué has escuchado, experimentado o practicado acerca de la integración sensorial?
- ¿Cómo acostumbras incorporar los sentidos durante la construcción del aprendizaje por parte de los estudiantes?
- ¿Qué estrategias sensoriales utilizas durante el proceso de enseñanza-aprendizaje?

## Atención a las áreas de necesidad y fortaleza

- ¿En tu experiencia, cómo abordas a aquellas y aquellos estudiantes que evidencian alto nivel de actividad, inquietud, problemas de atención y dificultades sensoriales?



- ¿Qué acomodos razonables sueles incluir que vayan a la par con sus áreas de necesidad y de fortaleza? ¿Cuán efectivas han sido estas estrategias de acomodo?
- ¿Cómo acostumbras resaltar las áreas de fortaleza en tus estudiantes para que se facilite una mejor construcción del aprendizaje?

### Influencia del ambiente en el proceso de aprendizaje

- ¿A partir de tu experiencia, qué podrías compartir acerca de la influencia del ambiente en términos sensoriales en la construcción del aprendizaje?
- ¿Qué adaptaciones al ambiente sueles realizar para facilitar el proceso de construcción del aprendizaje? ¿Cuán efectivas han sido estas adaptaciones?

### Pertinencia de las observaciones

- ¿En qué medida el observar las respuestas a estímulos sensoriales de tus estudiantes te ha facilitado el proceso de individualizar la enseñanza?
- ¿Qué cambios o progresos has observado en la ejecución de tus estudiantes luego del proceso de individualización de la enseñanza?
- ¿Qué aspectos fundamentales acerca de la integración sensorial entiendes que todo docente debería conocer?
- Si se desarrollara una herramienta que guíe las observaciones del docente para identificar áreas de fortaleza y necesidad en sus estudiantes en materia de integración sensorial, ¿qué aspectos esperarías que se incluyan en la misma?

La necesidad de crear una guía que oriente y dirija las observaciones del maestro en torno a la integración sensorial se evidenció en este trabajo investigativo. Esta guía le permitirá

al maestro identificar aquellos retos sensoriales que impactan adversamente el aprendizaje, facilitándole las herramientas necesarias para que su salón de clases sea uno sensorialmente amigable. Con esta guía el maestro podrá tener un conocimiento básico sobre lo que es la integración sensorial y el desorden de procesamiento sensorial, lo cual le ayudará a identificar las estrategias de manejo de aquellos comportamientos que suelen ser malinterpretados y en muchas ocasiones confundidos con otros diagnósticos, como el déficit de atención con hiperactividad o problemas de conducta (Aponte, 2012). Además, se incluye en la guía unas secciones sobre cómo crear un ambiente que responda a las necesidades del estudiante convirtiéndolas en fortaleza, y a su vez, otra sección que incluye la elaboración de un perfil sensorial del estudiante, basándose en las áreas de fortaleza, intereses y talentos.

El propósito primordial de este escrito es resaltar la importancia de nuestra profesión en el rol de educadores y consultores en torno a aquellos temas que impacten favorablemente nuestra práctica profesional. La incorporación de estrategias sensoriales en el salón de clases ha sido exitosa en varias escuelas de los Estados Unidos. Ejemplo de esto lo es la escuela Moorsbridge Elementary School, en Michigan, donde los docentes utilizan la manera natural de los estudiantes de buscar sensorialmente los medios para calmarse, mantenerse enfocados y concentrarse. Si el estudiante tiene la necesidad de pararse para aprender, le permiten que se mantenga de pie para aprender. Si necesita tener algo en la mano para apretar, dejan que lo haga. Señalan que el estudiantado necesita moverse y sentir para aprender. Sin una estimulación de movimiento, el cerebro se “apaga”. Los estudiantes

pueden sentarse sobre bolas de ejercicios, mover sus pies sobre gomas de hule amarradas a las patas de la silla o utilizar goma de mascar para auto estimular el sistema propioceptivo (Aupperle & Gazette, 2009). En otra escuela de Massachusetts, Amherst Pelham Public School, adoptaron estrategias sensoriales incorporándolas en su enseñanza y adaptando el salón de clases para que fuera sensorialmente amigable, logrando un ambiente idóneo para cada necesidad sensorial emergente (Ackerman & Epstein, 2011).

Existen estrategias de auto regulación sensorial las cuales los estudiantes utilizan para auto dirigirse durante las actividades diarias de aprendizaje. Algunas de las estrategias sensoriales observadas en la niñez pre-escolar incluyen: chuparse el dedo en momentos de estrés; asumir una postura en flexión del cuerpo (algunos niños estiran su camiseta hasta los pies mientras están sentados en el suelo); el uso de movimientos amplios del cuerpo antes de comenzar alguna actividad en la mesa o antes de sentarse para la asamblea, morder o succionar un pedacito de tela de su camisa, colocar ambas manos en la mesa mientras ejercen presión en la misma, jugar con su propio cabello o con el de otro, y mecerse mientras esperan sentados. Los estudiantes utilizan estos mecanismos para ayudar a mantener su atención mientras establecen un estado de equilibrio que les permite regular sus emociones (Figueroa, 2008). Estos comportamientos deben ser permitidos, redirigidos y/o aceptados, siempre y cuando sea a favor de la autorregulación que el mismo estudiante busca inconscientemente.

La guía para el docente “Hagamos del aula una sensorialmente amigable” estará disponible para aquellos maestros

A continuación se presenta una tabla en la cual se resumen las contestaciones a las preguntas durante las entrevistas:

**Tabla 1: Respuestas de docentes ante el tema de la Integración Sensorial**

Tema	Maestra Preescolar Montessori	Maestra Kindergarten	Maestra Primer Grado
<b>Experiencia Formativa</b>	En el bachillerato y la maestría en educación no se abordó el tema. Sí se abordó cuando estudié el método Montessori, pues abarca el área sensorial, la importancia de los sentidos en los niños, cómo estimularlos, qué materiales utilizar con aquellos que presentan dificultades. El enfoque Montessori es todo sensorial, en todas las áreas se usan los sentidos.	No tuve experiencia formativa en integración sensorial. Solamente un curso del niño excepcional en donde se habló del uso de los sentidos en el aprendizaje.	Se tocó el tema en términos de cómo llegar al niño a través de los sentidos; el tema de las inteligencias múltiples se incluye, o sea el niño que es visual, el niño que es auditivo, el que aprende con el movimiento o cinestesia. Ese es el mayor enfoque sobre el tema.
<b>Experiencias y prácticas basadas en integración sensorial</b>	Al ser tan específico el método Montessori, siempre se tocan los sentidos: se observa, se toca, se habla, se experimenta con todos los materiales en todas las materias.	Utilizo muchos dibujos, visuales con colores, materiales sonoros para identificar, asociación de letra con objeto.	Uso mucho la música, los libros grandes para ayudar en la visión, utilizo la lectura audible; utilizo también el baile y el movimiento.
<b>Atención a las áreas de necesidad y fortaleza</b>	Cuando al niño se le da el espacio que necesita, se le permite moverse, ser independiente, buscar sus materiales por sí mismo, el aprendizaje surge y el niño se ubica. Esto es muy efectivo.	Identifico las necesidades y utilizo estrategias como tocar, mirarlos, uso de señas para captar su atención, sentarse en el piso, les permito caminar por el salón o el patio.	Permito que trabajen de pie si no toleran estar sentados; utilizo modificación de conducta con recompensas, permito que caminen por el salón para canalizar energías.
<b>Influencia del ambiente</b>	Yo tengo que adaptar el ambiente en términos de guardar materiales para que no estén a la vista de aquellos estudiantes que aún no han aprendido a organizarse, a utilizarlos según su propósito.	Uso los centros de trabajo dentro del salón para que los estudiantes trabajen según su ritmo y modo de aprender.	La decoración del ambiente es importante. Un ambiente agradable propicia una mejor ejecución e interés del estudiante. Utilizo refuerzos positivos ya que siempre hay estudiantes que les molesta el ruido de los demás niños. Los ruidos fuertes asustan a veces a los estudiantes, requiriendo de asistencia individual. El tono de voz al hablar es importante.
<b>Pertinencia de las observaciones</b>	Para el niño que es intranquilo, yo voy haciendo una gradación del tiempo que está sentado, debe aprender a ser ordenado y trabajar con calma. Con el tiempo van mejorando. En estas edades puedo notar los talentos en pintura, baile, música, niños que son amigables y que son líderes. El método de enseñanza que utilizo depende del niño.	Al conocer las áreas de fortaleza y necesidad puedo elegir el contenido del material a ofrecerle al estudiante, y a su vez, trabajar con él de un modo individual, para darle un seguimiento de cerca y luego trabajar para que lo haga individualmente. Esto le da mayor seguridad para que pueda hacerlo mejor progresivamente.	La observación ha ayudado a individualizar la enseñanza y a saber cómo el estudiante aprende y saber qué trae consigo al comenzar el kindergarten.



y demás profesionales que deseen hacer la diferencia en la educación y que busquen enseñar según la manera de aprender de los estudiantes, y no según les exija un currículo que no fomenta la diferenciación en la educación.

## Referencias

- Ackerman, M. & Epstein, J. (2011, fall). Sensory success in the school. Sensory Processing Disorder Foundation Sensations e-Newsletter. Recuperado de <http://www.spdfoundation.net/newsletter/2011/10/feature-article.html>
- Aponte, M. (2009). Conocimiento de los maestros de sala regular-nivel elemental acerca de la

integración sensorial y del desorden de procesamiento sensorial. Artículo inédito. Facultad de Educación, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

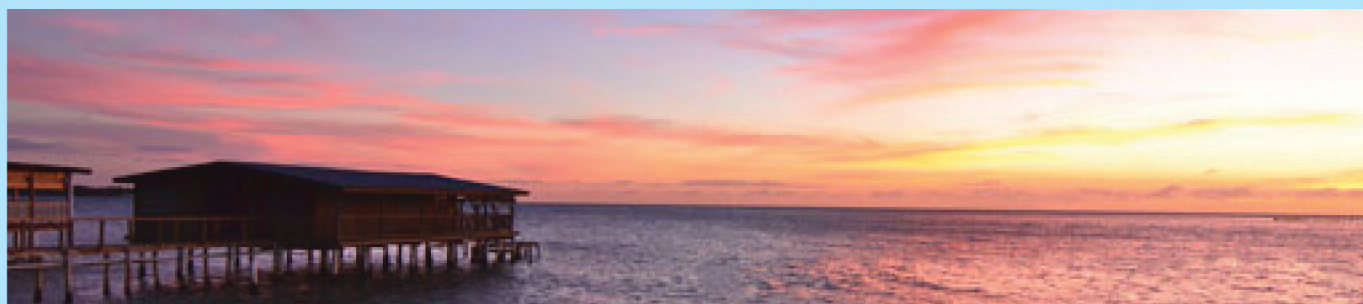
- Aponte, M. (2012). Hagamos del aula una sensorialmente amigable: Guía docente auto-formativa. (Proyecto inédito de Maestría). Universidad de Puerto Rico. Recinto de Río Piedras. P.R.
- Aupperlee A. & Gazette K. (2009, August 05). Teachers use movement to keep fidgeting students alert in classroom. Recuperado de [http://www.mlive.com/living/kalamazoo/index.ssf/2009/08/teachers\\_use\\_](http://www.mlive.com/living/kalamazoo/index.ssf/2009/08/teachers_use_)

[movement\\_to\\_keep.html](#)

Figuroa, F. (2008). Mis amigos y yo: estrategias utilizadas por la niñez pre-escolar para auto regular sus emociones. Cuaderno de Investigación en la Educación. 23. 97-112. Recuperado de [http://cie.uprrp.edu/cuaderno/ediciones/23/PDF/vol23\\_05.pdf](http://cie.uprrp.edu/cuaderno/ediciones/23/PDF/vol23_05.pdf)

.....

*Madya R. Aponte Dávila, MEd., OTR/L  
madya@prtc.net  
Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas  
Escuela de Profesiones de la Salud  
Clínicas de Salud-Proyecto Interdisciplinario de Excelencia en Servicios (P.I.E.S.)*



## Separa la fecha:

### *3ra. Conferencia y Asamblea Anual del CPTOPR*

28 y 29 de junio de 2013  
Porta del Sol (Sur de PR)

#### **Cursos de educación continua a ofrecerse:**

- Redacción de propuestas
- Avances modernos en el diseño de sillas de ruedas
- Asistencia tecnológica en la escuela
- Manejo del adolescente y el adulto joven con Autismo

# Aplicaciones de la Asistencia Tecnológica para facilitar las Actividades Diarias de Personas Obesas

Elsa M. Orellano

El número de personas obesas o con sobrepeso está aumentando de forma dramática tanto en los Estados Unidos como también en Puerto Rico. En estados Unidos, uno de cada tres adultos es obeso (Ogden, Carroll, McDowell, & Flegal, 2007). Puerto Rico sigue tendencias similares, donde uno de cada cuatro adultos es obeso (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2007). La obesidad no solo puede resultar en graves problemas de salud física, sino también contribuye a experimentar problemas sicosociales que resultan en ausentismo en el trabajo, menores oportunidades de vivienda y trabajo, acceso restringido a servicios de cuidado de salud y reducción en la participación social (Asociación Americana de Terapia Ocupacional [AATO], 2007). De particular importancia es el efecto negativo de la obesidad en la calidad de vida de las personas (Livingston&Ko, 2002) y las limitaciones que viven día a día en su habilidad de realizar sus actividades diarias, especialmente si padecen de otras complicaciones médicas (AATO, 2007; Jensen & Hsiao, 2010). Las investigaciones recientes indican que las limitaciones funcionales de las personas obesas son aún mayores en la

población de adultos de edad avanzada (Jensen & Hsiao, 2010). Por lo tanto es necesario que tanto los proveedores de servicios a adultos mayores como los adulto mayores obesos conozcan sobre las alternativas existentes para mantener su independencia el mayor tiempo posible.

El manejo tradicional de la obesidad incluye la participación en programas de reducción de peso, de nutrición y de actividad física (Mosley, Jedlicka, Lequieu, & Taylor, 2008). A pesar de esto, la obesidad contribuye a experimentar limitaciones funcionales o inhabilidad para participar en las actividades y ocupaciones diarias importantes para los individuos (Jensen & Hsiao, 2010). Los profesionales en la salud tienden a focalizar sus esfuerzos en lograr que las personas obesas pierdan peso, pero por lo general no discuten con los mismos acerca de cómo el sobrepeso afecta las actividades diarias (Forhan & Richmond, 2002). Como consecuencia, las personas obesas tienen que lidiar solas en solucionar los problemas que enfrentan en su diario vivir para llevar a cabo las diferentes actividades.

En adición, la obesidad limita la diversidad y la calidad de la

participación en la vida diaria debido a la presencia de barreras personales como también del ambiente físico y social. Por ejemplo, esta población puede experimentar dificultades en el alcance y la flexibilidad del cuerpo necesaria para realizar actividades de higiene y cuidado personal (por ejemplo, lavarse la espalda y los pies) y actividades de vestimenta (particularmente vestir el cuerpo inferior). Los problemas en la movilidad funcional pueden afectar el caminar largas distancias, trasladarse en la comunidad y transferirse de forma segura e independiente de una posición a otra (por ejemplo, dificultad en entrar y salir de la bañera o de un vehículo). Las dimensiones de las sillas de ruedas y andadores utilizados por las personas obesas también representan una barrera que puede hacer inaccesible los espacios en el hogar y la comunidad. Esto limita la participación de las personas obesas en su entorno social y en las actividades del hogar. Además, las limitaciones en la movilidad y posibles complicaciones respiratorias resultan en pobre energía y resistencia que afecta la participación y el desempeño en las actividades del hogar, tal como la limpieza, el lavado de ropa y la preparación de alimentos.



Figura 1: Long handle Cortador de uña de mango alargado. Fuente: [http://www.pattersonmedical.ca/app.aspx?cmd=get\\_product&id=44975](http://www.pattersonmedical.ca/app.aspx?cmd=get_product&id=44975)



Figura 2: Dr. Joseph's Original Footbrush. Fuente: [http://www.pattersonmedical.ca/app.aspx?cmd=get\\_product&id=98907](http://www.pattersonmedical.ca/app.aspx?cmd=get_product&id=98907)



Figura 3: EZ Warm Wash Solution ComfortSeat®. Fuente: <http://www.solutioncomfortseat.com/solution-comfortseat-ez-warm-wash.htm>





Figura 4: Heavy-duty tub bench with commode cutout. Fuente: <http://www.rehabmart.com>.



Figura 5: Dress EZ Dressing Stick. Fuente: [http://www.pattersonmedical.ca/app.aspx?cmd=get\\_product&id=45049](http://www.pattersonmedical.ca/app.aspx?cmd=get_product&id=45049)

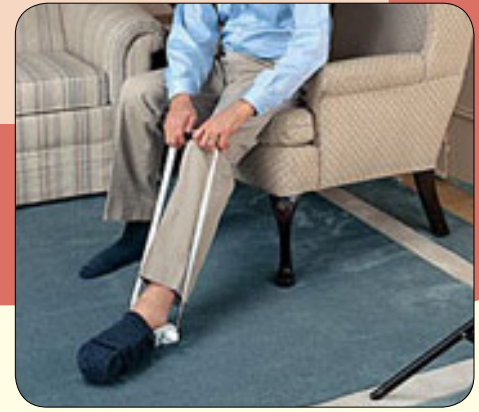


Figura 6: Sock and Stocking Aid. Fuente: [http://www.pattersonmedical.ca/app.aspx?cmd=get\\_product&id=45029](http://www.pattersonmedical.ca/app.aspx?cmd=get_product&id=45029)

Dado que la participación en las actividades diarias contribuye a una mejor salud y bienestar (Asociación de Terapia Ocupacional Americana, 2008), las personas obesas con limitaciones funcionales presentan un riesgo adicional a su salud ya quebrantada por las complicaciones médicas. Por lo tanto se hace imperativo que tanto los proveedores de servicios a esta población como las personas obesas atiendan las implicaciones que tiene la obesidad en las capacidades funcionales y se equipen con las herramientas necesarias para mejorar su participación en las actividades diarias y su calidad de vida.

Una de las herramientas que permite que las personas obesas sean más independientes, auto-confiadas y productivas en su participación diaria es la asistencia tecnológica (AT). Un equipo de AT es cualquier producto que se utiliza para aumentar las capacidades funcionales de las personas con necesidades especiales. Por lo tanto, la AT hace posible que las personas obesas puedan realizar más actividades y tareas por sí mismos con el potencial de aumentar su salud y la calidad de vida.

Un ejemplo de un equipo de AT para las actividades de cuidado personal son los cortadores de uñas de mango alargado (ver Figura 1). Los mismos

permiten alcanzar las uñas de los pies a las personas con dificultad en doblarse. Las esponjas de mango alargado es otro equipo diseñado para facilitar el alcance a la espalda y los pies al bañarse (ver Figura 2). El aseo personal en actividades de inodoro puede ser otra área de gran reto para las personas obesas por la dificultad en girar el tronco y el alcance a las áreas privadas. Para esto, existen inodoros extra anchos y resistentes que también disponen de rociadores de agua y aire integrado para facilitar el aseo personal cuando no se puede alcanzar estas áreas (ver figura 3). Para las personas con dificultad en mantenerse en pie mientras se bañan, pueden utilizar sillas de baño con asiento resistente y anti-resbaladizo, espaldar, y una extensión del asiento fuera de la bañera para hacer más fácil y seguro entrar y salir de la misma (ver Figura 4). Estas sillas pueden tener un corte en el asiento para utilizarlo como inodoro al lado de la cama cuando existen dificultades en la movilidad.

Las actividades de vestirse y desvestirse también pueden ser difíciles para las personas obesas. Por lo tanto, los alcanzadores y las varas de vestimenta pueden utilizarse para llevar las prendas de vestir a los pies o a la espalda cuando existen dificultades en el alcance (ver Figura 5). Las varas de vestimenta y los alcanzadores también pueden utilizarse para recoger objetos en el piso u objetos altos, tal como los ganchos de ropa que

se alcanzan desde la posición sentada. Los asistentes para las medias es otro equipo muy útil que permite llegar a los pies y ponerse las medias aun cuando la persona obesa no pueda alcanzar sus pies (ver Figura 6).

También existen equipos asistivos que ayudan a las personas obesas a moverse y salir de la cama. Por ejemplo, están disponibles las barras resistentes para las camas que se ajustan al marco de metal de las mismas sin la necesidad de herramientas (ver Figura 7). Estas barras se recomiendan para proveer un punto de apoyo y estabilidad para que las personas puedan halarse e incorporarse a la posición sentada. Otro equipo útil es el sistema de tubo de transferencia para las personas obesas (ver la Figura 8). Este sistema posee un tubo vertical que se ajusta desde el piso al techo y otro horizontal a la altura del codo del usuario y se utiliza como apoyo para ponerse en pie.

Las personas obesas también podrían presentar mucha fatiga o inhabilidad para caminar largas distancias que limitan su movilidad en la comunidad y la participación social. Los andadores resistentes extra anchos, con asiento integrado y ruedas proveen estabilidad y seguridad a personas que aún pueden caminar (ver Figura 9). El asiento permite que el usuario tome periodos de descanso para conservar su energía al caminar distancias largas.

Las sillas de ruedas extra anchas, con gran capacidad de peso y diseñadas a la medida del usuario extienden la movilidad en la comunidad cuando se limita la capacidad para caminar. También se pueden utilizar los triciclos motorizados para personas obesas que necesitan moverse en largas distancias. El terapeuta ocupacional debe considerar la capacidad en peso del triciclo, el ancho del asiento, la capacidad de suspensión trasera, y la variedad de ajustes del sistema de manubrio para ajustarlo al peso y a las capacidades del usuario.

En fin, existe una gran variedad de alternativas de equipos de asistencia tecnológica para las personas obesas. La gama de equipos se extiende desde alternativas para el cuidado personal hasta equipos para facilitar las tareas del hogar, las actividades de ocio y las tareas de trabajo. Es importante conocer las alternativas de asistencia tecnológica existentes para llenar las necesidades de independencia y participación de las personas obesas en las actividades importantes de la vida. Esto es importante a la luz del potencial que tiene la asistencia tecnológica para mejorar la salud mental y física como también la calidad de vida de su usuario. Para obtener mayor información sobre

asistencia tecnológica para las personas obesas o personas con necesidades especiales, pueden comunicarse con el Programa de Asistencia Tecnológica de Puerto Rico (PRATP) al 787-764-6035 o por correo electrónico a [pratp@pratp.upr.edu](mailto:pratp@pratp.upr.edu).

La autora es especialista certificada en asistencia tecnológica en el área de Terapia Ocupacional.

---

*Elsa M. Orellano, Ph.D., OTR/L, ATP  
Programa de Asistencia Tecnológica de Puerto Rico  
Programa de Terapia Ocupacional-EPS-RCM-UPR  
[elsa.orellano@upr.edu](mailto:elsa.orellano@upr.edu)*

## Referencias

American Occupational Therapy Association.(2007). Obesity and occupational therapy position paper. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 701–703.

Center for Disease Control and Prevention.(2007). Behavioral and Risk Factor Surveillance System (BRFSS). Recuperado el 4 de enero de 2011 de [www.cdc.gov/brfss/](http://www.cdc.gov/brfss/)

Forhan, M. & Richmond, J. (2002).

The impact of obesity on occupation: Implications for occupational therapy. *Occupational Therapy Now*, 4, 19–21.

Jensen, G.L. & Hsiao, P.Y. (2010). Obesity in older adults: relationship to functional limitation. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 13, 46-51.

Livingston, E.H. & Ko, C.Y. (2002). Use of the Health and Activities Limitation Index as a Measure of Quality of Life in Obesity. *Obesity Research*, 10, 824–832.

Mosley, L.J., Jedlicka, J.S., Lequieu, E., & Taylor, F.D. (2008, April 28). Obesity and occupational therapy practice. *OT Practice*, 8-15.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., McDowell, M. A., & Flegal, K. M. (2007). Obesity among adults in the United States: No change since 2003–2004. NCHS Data Brief No. 1. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.



Figura 8: SuperPole System Bariatric  
Fuente: <http://www.rehabmart.com/product/18462.htm>



Figura 7: Heavy Duty Bed Handle  
Fuente: <http://www.rehabmart.com/product/298.htm>



Figura 9: Rollator Aluminum Bariatric Extra Wide:  
Fuente: <http://www.rehabmart.com/product/27692.htm>





# Primer Congreso de Salud Mental de Terapia Ocupacional en Puerto Rico: “Técnicas innovadoras de salud mental para el Profesional de Terapia Ocupacional”

Arnaldo Cruz

La cita fue el viernes 19 de octubre de 2012 en las facilidades del *San Juan Aging Center* en Rio Piedras. Desde las 7:30 de la mañana comenzaron a llegar los asistentes a la actividad y en una dinámica diferente, casual y colorida, adornada con vejigantes, globos, máscaras y pompones, se integraron a estaciones confeccionadas con temas alusivos a los asuntos que se discutirían durante el día como parte de la educación continua. Catalogado por muchos como “un junte histórico profesional” esta iniciativa logró aglutinar a diversos sectores de la práctica profesional de terapia ocupacional en el área de salud mental de Puerto Rico. El Hospital Panamericano, la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción, el Hospital de Psiquiatría Estatal, el Programa de Maestría en Ciencias en Terapia Ocupacional del Recinto de Ciencias Médicas y los Programas de Grado Asociado de la UPR de Humacao y Ponce, entre otros, estuvieron presente en la organización del evento. Académicos y estudiantes se unieron a terapeutas de diversos centros y organizaciones de servicio clínico para dar lo mejor de sus conocimientos y experiencia, y hacer de ésta una oportunidad educativa que fue catalogada por muchos en su contenido

como: “única, celestial y soberbia”.

La iniciativa surgió de la mente de la colega Anabelle Nieves, quien junto a Ana Rodríguez, Mariangie Garay, Iveliz Vázquez, María de los A. Rivera y este servidor, confabulamos con otros para llevar a cabo una experiencia educativa relevante y de calidad a nuestra clase profesional. Con casi un año de preparación previa y múltiples reuniones del Comité Organizador se determinó que en el marco de una fiesta caribeña tipo carnaval se presentaran temas tales como “Reminiscencia”, “La Reestructuración Cognitiva para el manejo de síntomas de ansiedad y depresión”, “Autoregulación terapéutica”, “Roles del Terapeuta Ocupacional al Intervenir con los Cuidadores”, “Luces y Sombras como técnica perceptual/cognitiva”, y la “Ecología Ocupacional y el Reciclaje”. Y como si fuera poco, los estudiantes de 2do año del RCM tuvieron bajo su responsabilidad la presentación de los “Beneficios terapéuticos de la Expresión Escrita y del Arte” a través de la técnica del tablón de edictos; y los estudiantes de grado asociado de Humacao presentaron los “Beneficios de la Fotografía como medio terapéutico”. Aproximadamente 160 personas se dieron cita en este evento.

Interesantemente no sólo recibimos terapeutas del área de salud mental, sino también participaron un gran número de compañeros de las áreas de salud física, pediatría y geriatría. Este hecho confirma que el interés por los aspectos psicosociales y la salud mental no se limitan sólo a un área profesional sino que están presentes, como el aire que respiramos, en todas las áreas de nuestro quehacer profesional y contexto personal. Más aún esta experiencia clama a voces varios mensajes claros y contundentes a nuestra clase profesional. Primero que, “cuando nuestras acciones son guiadas por el amor y compromiso a la profesión todo es posible” y segundo, “sin salud mental no hay salud”. No finalizada la actividad ya algunos asistentes solicitaban un segundo Congreso el próximo año. Suena interesante... Esperamos por mentes, corazones y manos que se unan a nosotros en la posibilidad de esa gran empresa. La pregunta obligada es... ¿Te atreves a unirse a nosotros?

.....  
 Arnaldo Cruz-Rivera, PhD, MS, MC, OTR/L  
 Universidad de Puerto Rico  
 Recinto de Ciencias Medicas  
 Programa de Maestría en Terapia  
 Ocupacional  
 arnaldo.cruz3@upr.edu



# La magia y el poder de la actitud positiva y su efecto en el estado emocional

Arnaldo Cruz

Todo ser humano busca en esencia el sentido de su vida, el propósito de su existencia. En esa búsqueda puede sentirse en ocasiones despistado, confundido y frustrado. Surgen preguntas como: ¿Qué piensa el ser humano que le impide alcanzar su máximo potencial?, ¿Qué creencias imperan en él que lo cohiben de sentirse pleno, completo y realizado? Estas y muchas otras interrogantes pueden ser contestadas si nos detenemos a evaluar las percepciones, los puntos de vista y las actitudes que asume el ser humano ante los eventos de la vida.

He percatado en el pasar por la vida que la mayoría de las personas carecen de una actitud positiva, lo que les ocasiona que sean presas fáciles de la depresión y la ansiedad. Las personas que carecen de esta actitud hacia la vida poseen una forma de percibir lo que les rodea de una manera muy peculiar. Por ejemplo, tienen una visión de un mundo catastrófico, un futuro fatalista y de una humanidad negativa en esencia. Piensan que el mundo es un estado de caos irreparable y que nada pueden hacer para ayudar a organizarlo. Se perciben a sí mismos a merced del futuro y son incapaces de mejorar su realidad presente. No confían en el ser humano porque tienen la convicción de que quien se acerca viene a aprovecharse

y a utilizarle. Como no creen en nadie, no creen en sí mismos. No hay espacio para una actitud positiva y requieren un ajuste actitudinal.

Se puede optar por quedarse estático, inmóvil, en eso que llaman la “zona cómoda”, pero a menos que se intente hacer algo más allá de lo que realmente ya se ha dominado, nunca jamás se crecerá como ser humano. Hay que levantarse todos los días y resistir hasta que las ovejas se conviertan en leones. No claudicar. Hay quien decide ser un arco iris en la oscuridad. En él reposa la belleza, el potencial, la esencia... sin embargo no se ve, no da espacio a florecer. Hay personas que corren desenfrenadamente por la vida con los ojos cerrados y con unas tijeras en las manos. Poseen actitudes tan negativas que si fuera posible comprarían todos los boletos de una rifa para ver el fin del mundo en primera fila. Armagedón existencial. Todo con tal que no le cuenten. Son como recuerdos de una pesadilla imposible de olvidar. Llevan una etiqueta en su frente que los autocataloga como una mercancía dañada o como carga radioactiva. No hay espacio para una actitud positiva y requieren un ajuste actitudinal.

No sea ese tipo de personas que cuando se les pregunta efusivamente ¿cómo

se siente? contestan con un esfuerzo terrible y con dejo de desesperanza: “como Dios quiere...ahí en la lucha”. Les toma un esfuerzo terrible vivir. Estas personas no se dan cuenta que con sus lamentos y actitud negativa, lo que hacen es repeler, alejar, aislar a otros de su vida, aún a los seres que más les aman y aprecian. Dibujan en su rostro el desastre de sus vidas. No hay espacio para una actitud positiva y requieren un ajuste actitudinal.

La mente escoge lo que quiere ver, por lo que hay que educarla para ver el lado positivo de la vida. No es ver el vaso medio vacío, es verlo medio lleno. Para el eterno enamorado no existe la decepción en el amor, sino que existe una experiencia más de vida. La felicidad o la tristeza dependen en gran medida de la actitud y no de la circunstancia. La vida no está determinada por lo que sucede, más bien por la reacción ante lo sucedido. No se trata de lo que la vida tiene deparado, se trata de la actitud que se asume ante el evento de la vida. Una actitud positiva es como un enorme imán que atrae en cadena una serie de pensamientos positivos, eventos fabulosos y resultados halagadores. La actitud positiva es un catalizador, una bujía, un motor...es una chispa que genera resultados extraordinarios en el ser.



Comparto con el lector lo que entiendo son los ocho puntos para comenzar a desarrollar una actitud positiva en la vida y un reajuste actitudinal:

1. Para sentirse positivo, primero hay que aprender a pensar positivo. Desafíe el uso y la costumbre, la norma y la ilógica.
2. Trabaje por la excelencia. Esto es el resultado de trabajar por algo más allá de lo imaginable, es considerar las posibilidades y esperar más de lo que es posible.
3. Disfrute lo que hace. Viva en esencia, la vida sin intensidad y sin pasión es como el paso del tiempo mientras se respira, no se da ni cuenta.
4. Nunca se rinda. Perseverancia

24/ 7 x 365, es la opción real.

5. Agradezca humildemente lo que se tiene ya que se lo ha ganado trabajando.
6. Comparta lo que sabe? Cuando aprenda algo nuevo, enséñelo... cuando reciba, dé algo a cambio.
7. Sea selectivo/a al escuchar, ignore a aquellas personas que le dicen que no lo logrará, que fracasará.
8. Jamás se juzgue a través de los ojos de los demás. No puede satisfacer a todos en todo momento.

Y es que los viajes más recordados y memorables no tenían un destino anticipado ni pre-establecido. La ruta más interesante es aquella que se traza con las propias huellas. Las

aventuras más insólitas y maravillosas no se encuentran en ningún mapa. El predicador dijo aquel domingo a sus feligreses: "Envejecer es ley de vida, ahora bien, madurar con una actitud positiva es algo opcional." Recuerde que su actitud y carácter conforman su destino. Actitud positiva y un reajuste actitudinal hoy, mañana y siempre...

Para conocer más sobre éste y otros temas puede adquirir el libro de autoayuda y desarrollo personal: "Persiguiendo Sirenas: Una Guía para el Desarrollo de la Metaeficacia" psicofilia.ac@gmail.com o en el teléfono 787-944-9000.

Arnaldo Cruz-Rivera, PhD, MS, MC, OTR/L  
Universidad de Puerto Rico  
Recinto de Ciencias Medicas  
Programa de Maestría en Terapia  
Ocupacional  
arnaldo.cruz3@upr.edu

## Papeles y Más

te invita a la



24 Feb • 13 10AM a 6PM

Embassy Suites Isla Verde

"Un evento único e inolvidable donde se reunirán tus tiendas favoritas de scrapbook"

- CLASES
- DEMOSTRACIONES
- MATERIALES DE SCRAPBOOK
- HERRAMIENTAS
- TÉCNICAS
- REGALOS



Taquillas a la venta en todas las tiendas de scrapbook alrededor de la isla, en la entrada o llama al 787-955-8529

Para más información accede:  
[www.papelesymaspr.com](http://www.papelesymaspr.com)



Revista Papeles Y Más  
Convencion de Scrapbook de PR

Entrada General : \$5  
VIP: \$25\*

\* Incluye bulto, regalos, meriendas y muchas sorpresas



# ÉTICA Y LA PROFESIÓN

Zulma I. Olivieri

La Comisión de Ética, Querrelas y Mediación está muy entusiasmada en contar con un espacio para comunicarnos con todos los Colegiados para proveer información pertinente y relacionada con los aspectos éticos que pueden impactar a todos los profesionales de Terapia Ocupacional. El propósito principal de este espacio es orientar, ofrecer guías generales y aspectos específicos para identificar posibles componentes o áreas que podrían entrar en conflictos ético o incumplimientos con el Código de Ética que acoge a todos los profesionales de Terapia Ocupacional. En esta primera comunicación estaremos exponiendo aspectos generales de la ética, el código y su estructura y el propósito del código en la profesión de Terapia Ocupacional.

## Conociendo sobre el Código de Ética

La ética hace referencia a la reflexión, el análisis y revisión de normativas establecidas. La ética está vinculada a la moral y establece lo que es bueno, malo, permitido o deseado respecto a una acción o una decisión. El concepto proviene del griego *ethikos*, que significa "carácter". Puede definirse a la ética como la ciencia del comportamiento moral, ya que estudia y determina cómo deben actuar los integrantes de una sociedad. El Código nos sugiere como definición un cuerpo de leyes que forman un sistema de legislación sobre alguna materia. Un código de ética, por lo tanto, fija normas que regulan los comportamientos de las personas dentro de una empresa u organización. Considera responsabilidades y obligaciones que se imponen a

todo profesional. Aunque la ética no es coactiva (no impone castigos legales), el código de ética supone una normativa interna de cumplimiento obligatorio.

Las funciones del código de ética se pueden explicar en seis aspectos principales.

**Declarativa:** Formula valores fundamentales sobre los que se basa determinada ética profesional.

**Identificativa:** Permite dar identidad y rol social a una profesión uniformando conductas.

**Informativa:** Comunica a la sociedad los fundamentos y criterios éticos de una profesión.

**Discriminativa:** Diferencia los actos lícitos de los ilícitos. Los que están de acuerdo o no con la ética profesional.

**Metodológica y valorativa:** establece decisiones éticas, concretas permitiendo así valorar situaciones específicas.

**Coercitiva:** permite controlar las actitudes negativas.

**Proyectiva:** Protege a la profesión de las amenazas que la sociedad puede ejercer sobre ella.

En general representa un instrumento educativo de la conciencia ética del profesional, como también de la sociedad en cuanto a lo esperado de la profesión.

## El Código de Ética Profesional

En el Código de Ética Profesional permea el objetivo general de regular el quehacer profesional con énfasis en la propuesta de criterios de acción y conducta. Es el código de la ética profesional un instrumento diseñado

para facilitar el cumplimiento y la puesta en práctica del mandato de los estatutos del profesional. La profesión de Terapia Ocupacional de Puerto Rico cuenta con "El Código de Ética y Conducta Profesional de Terapia Ocupacional, 2010". Este se crea para establecer las bases para la conducta profesional de los colegiados. En el mismo:

- se establece un compromiso para beneficio de la clase profesional de Terapia Ocupacional y de otros, ejerciendo un comportamiento genuinamente bueno, fundamentado en la práctica basada en la evidencia y en la ocupación.
- provee los principios que aplican a todo profesional de Terapia Ocupacional fundamentado en la práctica basada en la evidencia y en la ocupación.
- es una declaración pública de los valores y principios utilizados para promover y mantener los más altos estándares de la conducta profesional de Terapia Ocupacional.
- se utiliza como criterio para evaluar la conducta profesional y aplica a todas las personas en la práctica y educación de Terapia Ocupacional en Puerto Rico.

Este código contiene 7 principios a saber:

### BENEFICENCIA

Principio 1: El profesional de terapia ocupacional debe demostrar interés por el bienestar y seguridad de los consumidores de sus servicios. Este principio requiere tomar acción ayudando a otros, en otras palabras, promover el bien y prevenir o corregir el daño.

## NO MALEFICENCIA

Principio 2: El personal de Terapia Ocupacional se abstendrá intencionalmente de acciones que causen daño. La no maleficencia incluye la obligación de no exponer a riesgo de daño aún si el riesgo potencial es sin intención maliciosa o dañina.

## AUTONOMÍA Y CONFIDENCIALIDAD

Principio 3: El personal de Terapia Ocupacional respetará el derecho del individuo a la autodeterminación. Este expresa el concepto de que los profesionales tienen el deber de tratar al consumidor conforme a sus intereses, dentro de los límites de las normas aceptadas de cuidado y de protección de información confidencial.

## JUSTICIA SOCIAL

Principio 4: El personal de Terapia Ocupacional deberá proveer servicios de forma justa y equitativa. El enfoque principal es limitar el impacto de la desigualdad en la prestación de servicios de salud.

## JUSTICIA DE PROCEDIMIENTO

Principio 5: El profesional de Terapia Ocupacional deberá cumplir con las normas institucionales, locales, estatales y federales que apliquen a la profesión de Terapia Ocupacional. Está basado en la aplicación justa de los procesos y procedimientos, los cuales están organizados de forma tal que se sigan las políticas, regulaciones y leyes.

## VERACIDAD

Principio 6: El profesional de Terapia Ocupacional deberá proveer información detallada, precisa y

objetiva siempre que represente la profesión. El principio de veracidad en el cuidado de la salud se refiere a la transmisión de información e incluye la promoción de la comprensión de esa información por parte del consumidor. Está basada en el respeto que se les debe a los demás.

## FIDELIDAD

Principio 7: El profesional de Terapia Ocupacional deberá tratar a los colegas y a otros profesionales con respeto, justicia, discreción e integridad. Esta requiere que el profesional de Terapia Ocupacional cumpla con las expectativas razonables del consumidor.

En resumen podemos indicar que los códigos de éticas son documentos vivos y activos; de guía y orientación constante que deben estar presentes en todas las funciones al intervenir con los consumidores de nuestros servicios. Todo terapeuta ocupacional debe mirar su quehacer profesional y en cada intervención reflexionar cuán beneficioso y digno fue la intervención que realizó, cuánto se valorizó a la persona, a la que no se le puede infligir daño; cuánto se consideraron los intereses del consumidor, si los mismo se respetaron; cuánto alcance se pudo lograr en la intervención, es la intervención actualizada y guiada al considerar la evidencia científica existente. El llamado es hacia la autoreflexión y expectativa que debe tener un buen profesional en el ejercicio de su profesión. En la próxima edición estaremos dialogando y abordando el rol de la academia en la formación ética del profesional de Terapia Ocupacional.

## Referencias

- American Occupational Therapy Association. (2010). Enforcement procedures for the code of ethics. Bethesda, MD: Author. doi: 10.5014/ajot.2010.64 S4-64S16
- Bellido, M.;Berrueta, L.M.; Arrasco, L.M.(2004). Los principios éticos de la intervención en terapia ocupacional. Revista Gallega de Terapia Ocupacional, 1, 1-34. Recuperado de [www.revistatog.org](http://www.revistatog.org)
- Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. (2010). Código de Ética y Conducta Profesional de Terapia Ocupacional. San Juan, PR: Autor.
- Instituto de Ética y Bioética. (n.d.). Ética profesional y laboral. Manuscrito informal académico. Uruguay: Universidad Católica del Uruguay. Recuperado de <http://www.ucu.edu.uy/facultades/CienciasHumanas/Institutos/Bioetica/BioeticayCienciasAgrarias/EticaProfesionalyLaboral.pdf>
- Tarrango, O.F. (2004). Ética profesional y laboral. Manuscrito sometido para publicación. Universidad Católica de Uruguay. Recuperado de <http://www.ucu.edu.uy/facultades/CienciasHumnas/Departamentos/Etica/Publicaciones/4PublicacionesInstitutoBiE9tica/index.htm>
- .....  
Zulma I. Olivieri MS, OTL  
Presidenta Comisión de Ética, Querellas  
y Mediación, CPTOPR  
[zulma.olivieri@upr.edu](mailto:zulma.olivieri@upr.edu)

**Recuerda, ya es tiempo de renovar tu colegiación.  
El colegio somos cada uno de nosotros.**

# Terapia Ocupacional y La Prevención de Caídas



**R**esbalones, tropezones y caídas dentro y en los alrededores del hogar son frecuentemente la causa de lesiones en los adultos de edad avanzada. En el 2009, 2.2 millones de ancianos visitaron las sala de emergencias por lesiones relacionadas a caídas, la mayoría de estas resultando en disminución de la independencia, necesidad de cuidado a largo plazo, y un aumento en riesgo de muerte temprana. Las caídas siguen siendo la causa principal de lesiones o muerte entre las personas de edad avanzada, con un estimado total en costos médicos de \$28.2 billones para lesiones por caídas fatales y no fatales en el 2010 (Centro para el Control y Prevención de Enfermedades, 2011).

Los terapeutas ocupacionales están capacitados de manera única para atender la prevención de caídas en los ancianos. Investigaciones han demostrado que las caídas tienen causas de naturaleza multifactorial,

influenciadas por las condiciones del individuo dentro del ambiente, y como resultado de la interacción entre ambos. Las iniciativas de prevención de caídas más exitosas tienen estrategias multifacéticas. Los terapeutas ocupacionales son expertos evaluando tanto el individuo como el ambiente para maximizar la independencia de las personas mayores. Enlazando las metas y prioridades de los pacientes con modificaciones y adaptaciones que fomenten la participación en actividades significativas, son parte integral de la terapia ocupacional.

## El Rol de la Terapia Ocupacional

Los Terapeutas Ocupacionales trabajan con el cliente y sus proveedores de cuidado para evaluar las limitaciones del individuo y el entorno dentro del hogar a fin de detectar riesgos que puedan ocasionar caídas. Las recomendaciones por lo general incluyen una combinación de intervenciones que tienen como objetivo mejorar las habilidades físicas para realizar de forma segura las tareas diarias, modificar el hogar, y cambiar los patrones y el comportamiento respecto a ciertas actividades. Los servicios de terapia ocupacional por lo regular incluyen entrenamiento de los clientes, familiares, y miembros de equipos interdisciplinarios, respecto a estrategias para apoyar iniciativas en prevención de caídas.

Además de la atención directa de los adultos mayores, los terapeutas ocupacionales pueden ayudar en la prevención de caídas a gran escala a través de consultas con el personal de los centros comunitarios, hogares de ancianos, y los ambientes de vida asistida. La identificación de los factores

ambientales que contribuyen a las caídas y la aplicación de las recomendaciones de terapia ocupacional para eliminar estos elementos pueden mejorar la seguridad y reducir los costos de salud al tiempo que mejora la participación de los adultos mayores en esas comunidades.

## Abordando Ramificaciones más Amplias

El miedo de caer puede ser un factor de riesgo para las caídas y a la vez, consecuencia de las mismas. Definido como una preocupación duradera de caerse que lleva al individuo a evitar actividades que aun sigue capacitado para llevar a cabo, el miedo a caerse con frecuencia lleva a la auto-limitación en la realización de actividades y tareas que las personas necesitan completar para poder mantenerse tan independiente como les sea posible. Como consecuencia de estos comportamientos de auto-limitación, los adultos de mayor edad experimentan una disminución en la funcionalidad física lo que entonces contribuye al incremento en riesgo de caídas.

Los terapeutas ocupacionales ayudan a las personas de edad avanzada a reconocer y trabajar con el miedo a las caídas enfocándose en las preocupaciones individuales de cada cliente. Por ejemplo, un cliente puede evitar dormir en su cama después de haberse caído en la noche mientras trataba de caminar para ir al baño. La intervención entonces se enfoca en estrategias diseñadas para reducir el riesgo de caída, como movilidad desde la cama, necesidades relacionadas al uso del baño durante la noche, iluminación y seguridad, lo que aumentaría la confianza del cliente en sus propias



habilidades para ir de la cama al baño durante la noche.

Los terapeutas ocupacionales ayudan a romper el ciclo de la inactividad y el sedentarismo que aumenta el riesgo de caídas. Mantenerse activo y a salvo son objetivos comunes de los adultos mayores. Al ayudarlos a alcanzar estos objetivos, los terapeutas ocupacionales capacitan a los ancianos para maximizar su capacidad de vivir la vida al máximo, mantenerse productivos e independientes viviendo en su hogar y participando plenamente dentro de su comunidad.

### Conclusión

Prevenir caídas y aliviar el temor de experimentar caídas son intervenciones costo-efectivas que promuevan la seguridad y el bienestar de las personas de edad avanzada. Muchos planes, incluyendo Medicare, pagarán por estos servicios como parte de un beneficio cubierto de terapia ocupacional.

La profesión de terapia ocupacional se centra en la capacidad de una persona para participar en las ocupaciones o actividades de la vida diaria deseadas.

El envejecimiento puede afectar esta capacidad, ya sea que continuemos viviendo en un entorno familiar o nos movamos a nuevos entornos. Cuando las personas envejecen, los terapeutas ocupacionales utilizan sus conocimientos y experiencia profesional para ayudarles a prepararse y a realizar actividades importantes, y a cumplir con sus roles como ciudadanos dentro de la comunidad, miembros de la familia, amigos, trabajadores, miembros de grupos sociales o religiosos, y voluntarios, entre otros.

Ejemplos de Factores de Riesgo de Caídas Trabajados por los Terapeutas Ocupacionales	
<b>Intrínsecos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debilidad en las extremidades</li> <li>• Alteración del equilibrio/balance</li> <li>• Deterioro cognitivo</li> <li>• Incontinencia urinaria</li> <li>• Deterioro Sensorial</li> <li>• Miedo a caerse</li> </ul>
<b>Extrínsecos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alfombras de área y alfombras sueltas</li> <li>• Iluminación inadecuada</li> <li>• Manejo de mascotas</li> <li>• Desorden en las áreas por donde se camina</li> <li>• Aceras desniveladas</li> <li>• Umbrales de las puertas que pueden presentar riesgos</li> <li>• Pasamanos inestables o de altura incorrecta</li> </ul>

Traducido y adaptado de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, Inc. por I. Morales, SLPS para el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (CPTOPR). Revisado por la Dra. Luz A. Muñiz Santiago, Presidenta de la Comisión de Publicaciones (CPTOPR). Para obtener la versión original de este documento (en inglés) visite la página: [www.aota.org](http://www.aota.org)

### Referencia

Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Falls among older adults: An overview. Recuperado de <http://www.cdc.gov/HomeandRecreationalSafety/Falls/adultfalls.html>

# TO y la Salud Mental de la Comunidad

La meta general de la Terapia Ocupacional en la salud mental de la comunidad es ayudar a las personas a desarrollar las destrezas y obtener el apoyo necesario para lograr una vida independiente, interdependiente y productiva. Particularmente enfatizando en las intervenciones que persiguen mejorar la calidad de vida y disminuir las hospitalizaciones.

**Los Terapeutas Ocupacionales y los Asistentes en Terapia Ocupacional proveen actividades orientadas a metas con propósito, que enseñan y facilitan el desarrollo de las siguientes destrezas, entre otras:**

- asertividad
- cognición (ej. solución de problemas)
- vida independiente y actividades de la vida diaria, incluyendo la utilización de los recursos de la comunidad, manejo del hogar, del tiempo y de medicamentos, y seguridad en el hogar y la comunidad
- intereses a-vocacionales (ej. actividades de entretenimiento, pasatiempos, etc.)
- auto-conciencia
- destrezas sociales e interpersonales
- manejo del estrés
- desarrollo de roles (ej. ejerciendo como padre o madre, estudiante)
- interdependencia y autosuficiencia
- bienestar

**Los Servicios de Terapia Ocupacional Incluyen, entre otros:**

- adaptar el ambiente del hogar, trabajo y escuela para promover el funcionamiento óptimo del individuo,
- proveer programas psicoeducativos, experiencias y clases o grupos de tratamiento
- consultoría con los empleadores respondiendo a los requerimientos del “Acta para Americanos con Impedimentos” (AmericanswithDisabilityAct)
- evaluación funcional y monitoreo continuo de los clientes para colocación en empleo y vivienda;
- proveer asistencia o guía mediante grupos de apoyo para clientes
- desarrollar plan de rehabilitación centrada en el cliente y establecer metas junto con el cliente/familia y
- proveer guía y consultoría a personas en todo tipo

de ambiente laboral, incluyendo ambiente de empleo protegido

**Los Terapeutas Ocupacionales y los Asistentes en Terapia Ocupacional que trabajan en el área de la salud mental son empleados por, o proveen consultoría en:**

- Hospitales Psiquiátricos
- Centros de Cuidado Diurno para Adultos
- Centros de Tratamiento Diurno
- Agencias de Salud en el Hogar
- Programas Comunitarios de Rehabilitación
- Clínicas Comunitarias de Salud Mental
- Clínicas Psiquiátricas de Pacientes Ambulatorios (Hospitalización Parcial)
- Residentes en Hogares Temporeros o de transición (Ej. Foster Homes)
- Grupos y residencias privadas
- Programas de Apoyo a la Comunidad

**Los Terapeutas Ocupacionales trabajan como miembros de equipos de intervención y reciben referidos entre otros de:**

- manejadores de casos
- psiquiatras
- trabajadores sociales
- psicólogos,
- enfermeras
- familiares
- las cortes
- consejeros escolares
- maestros
- proveedores de cuidado en hogares temporeros,
- consejeros vocacionales
- los clientes o usuarios de los servicios
- otros profesionales de la salud

Traducido y adaptado de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, Inc. por I. Morales, SLPS para el Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (CPTOPR). Revisado por la Dra. Luz A. Muñiz Santiago, Presidenta de la Comisión de Publicaciones (CPTOPR). Para obtener la versión original de este documento (en inglés) visite la página: [www.aota.org](http://www.aota.org)

Colegio de Profesionales de  
Terapia Ocupacional de PR  
PO Box 361558  
San Juan, PR 00936-1558

### Instrucciones generales para someter publicaciones

**Idioma:** Los trabajos escritos pueden estar redactados en español o inglés. Se debe utilizar verbos activos (Ej. El terapeuta ocupacional administró la prueba a 50 niños con un diagnóstico de autismo.)

**Formato:** Se debe utilizar doble espacio para todo el escrito, incluyendo las referencias, tablas y figuras. Cada página debe estar numerada en la parte superior derecha, iniciando con la página del título. Todo escrito debe incluir un resumen (“abstract”) en un párrafo breve (indicar número aproximado de palabras) No se debe utilizar notas al calce o explicativas. El máximo de palabras del escrito (sin incluir el resumen y las referencias) es de 2,500 palabras. Las fotografías deben ser digitales en formato JPEG o TIF, de 300 dpi. Las fotografías e ilustraciones que no son originales del autor deben incluir la referencia de cada una. Previo a la publicación en la revista, y luego del proceso de edición por la Junta Editora de la Comisión de Publicaciones, el escrito se devolverá al autor (es) para la revisión final.

#### Orden del formato de presentación:

- Título
- Autor(es): nombre completo, credenciales académicas y profesionales, afiliación institucional, correo electrónico
- Narrativo del escrito
- Referencias: Los autor(es) son responsables de que la ficha bibliográfica esté completa, debe citar apropiadamente reconociendo la fuente original, para así proteger los derechos de autor. Además, deben utilizar el estilo APA, 6ta edición. La siguiente página es un recurso para convertir cualquier referencia al estilo APA requerido: <http://citationmachine.net/> (Son of Citation Machine).

**Enfoque de la publicación:** Los escritos deben estar enmarcados en el lenguaje y dominio de la profesión de Terapia Ocupacional, según consignados en el Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (2da edición) y en los modelos de práctica profesional (MOHO, PEOP y otros), así como en los principios de la práctica basada en evidencia (EBP, por sus siglas en inglés).

**Derechos de autor:** Para toda figura, dibujo, foto, tabla, etc. que no sea original del autor (es) y que esté protegida por derechos de autor, se requiere someter evidencia de autorización para el uso de la misma.

**Modo de envío:** formato digital, mediante correo electrónico o disco (que permita trabajar cambios).

Contacto: luz.muniz1@upr.edu Tel: 787-282-6966